

様式第 1 号の 2 (第 5 条関係)

脳疾患児手術証明書			
患者氏名		生年月日	年 月 日
保護者氏名			
住 所			
病 名			
入院年月日	年 月 日		
手術年月日	年 月 日		
退院予定日 年 月 日	年 月 日		
手術の内容			
次のとおり手術したことを証明します。			
年 月 日			
医療機関 所在地 担当医師名			
名 称			
㊟			

